**日本保健医療福祉連携教育学会　入会申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 登録区分 | □正会員　　　　□施設会員□グループ会員　□賛助会員 |
| 登録種別 | ※社会人大学院生を含め免許・資格（複数の場合は現職）を選択してください。該当しない場合には「その他」を選択してください。□医師　　　　　□歯科医師　　　　□薬剤師　□看護職（保健師、助産師を含む）　□診療放射線技師□臨床検査技師　□理学療法士　　　□作業療法士□言語聴覚士　　□義肢装具士　　　□管理栄養士・栄養士□社会福祉士　　□精神保健福祉士　□介護福祉士□健康運動指導士　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ふりがな | (姓) | (名) |
| 氏名 | (姓) | (名) |
| 性別 | □男性　　　　　□女性 |
| 生年月日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 所属機関 | 所在地 | 〒　　　－　　　　 |
| 機関名 |  |
| 部署/学部等 |  |
| 役職/学年等 |  |
| TEL | 　　　　　－　　　　　－ |
| FAX | 　　　　　－　　　　　－ |
| 自宅 | 住所 | 〒　　　－　　　　 |
| TEL | 　　　　　－　　　　　－ |
| FAX | 　　　　　－　　　　　－ |
| 連絡先 | ※会報等の送付先になります。□所属機関　　　□自宅 |
| E-mail（お持ちの場合） | ※お持ちの場合。学会メーリングリスト加入希望　　□有り　　□無し |
| 通信欄 |  |

【送付先】

〒142-8555　東京都品川区旗の台1丁目5番地8号

昭和大学　医学部　薬理学講座　医科薬理学部門内

日本保健医療福祉連携教育学会事務局　宛　TEL: 03(3784)8125　FAX: 03(3787)4790

Email: ipe@med.showa-u.ac.jp